

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	LANR	Datum
Ambulant ☐ Stat. ☐ Privat (Wahlleistung Arzt) ☐		

Bei ambulanten Patienten Überweisungsschein erforderlich

- ☐ **ASV** ☐ **Vorsorgekoloskopie**
☐ **AOP (88115)** ☐ **Hybrid-DRG**

Vorbegutachtung: Histo-Nr.: _____

Anamnese: (z.b. OP, Radiatio, ...)

Medikamente: ☐ ASS ☐ NSAR ☐ _____

Kassenarztstempel/Unterschrift des überw. Arztes, Datum



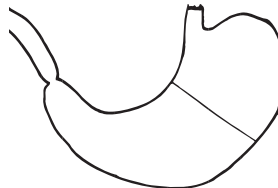
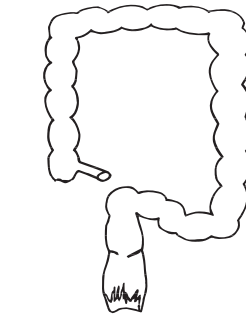
MVZ Institut für
Pathologie, Dermatopathologie,
Zytologie und Molekularpathologie

Antrag auf histologische Begutachtung

Prof. Dr. med. M. Anlauf · Dr. med. L. Becker · Dr. med. I. Boeck
Dr. med. Ch. Dierkes · Prof. Dr. med. L. Fink · I. Kiehlmann · Dr. med. A. Mayet
Dr. med. Dipl. hum. biol. U. Stahl · Dr. med. F. Steinmüller · Prof. Dr. med. A. Warth

35331 Gießen, PF 100112, Tel.: 06 41/67432, Fax: 06 41/67431
 35532 Wetzlar, PF 2240, Tel.: 06 441/7 65 10, Fax: 06 441/7 71 99
 65536 Limburg, PF 1663, Tel.: 06 431/93960, Fax: 06 431/23304
 36229 Bad Hersfeld, PF 1906, Tel.: 06 621/88 92 14 22, Fax: 06 621/88 14 07
 60313 Frankfurt, Brönnestr. 15, Tel.: 06 9/92 88 17 66, Fax: 06 9/29 49 27

MAGEN-DARMBIOPSIEN



Entnahmelokalisation, ggfs. mit Höhenangabe

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

() _____

Interne Qualitätskontrolle		
Annahme	Zuschnitt	Ausbetten